

## АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ И БАКТЕРИАЛЬНО-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*Петухов В.С.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** Железодефицитная анемия (ЖДА) продолжает оставаться актуальной проблемой современного акушерства в связи с неуклонным ростом частоты данной патологии среди беременных женщин [2,3]. По данным ВОЗ, частота железодефицитной анемии у беременных в разных странах колеблется от 21 до 80%. В Республике Беларусь, распространенность ЖДА у беременных в 2007 году составила 24,8%, в Витебской области – 25,4%, в Брестской – 32,9%, а в Гомельской – 37,4% [1]. Частота развития этой патологии в структуре заболеваний беременных занимает второе место после болезней мочеполовой системы. Анемия и дефицит железа у беременных ассоциируется с повышением материнской и перинатальной смертности, осложненным течением беременности, родов и послеродового периода, ухудшением здоровья матери и новорожденного [2,3].

В последнее время отмечается рост частоты бактериальных и вирусных инфекционно-воспалительных заболеваний различных локализаций среди беременных женщин, значительное число случаев которых ассоциировано с анемией [2,3]. Известна и низкая эффективность рутинной ферротерапии у данного контингента женщин, которую связывают с особенностями патогенеза анемии воспаления и отсутствием абсолютного дефицита железа [2].

В связи с этим, дальнейшего совершенствования требуют методы ферротерапии и ферропрофилактики на основании современных представлений о патогенетических механизмах развития анемии у беременных с бактериально-вирусной инфекцией.

**Целью исследования** явилась сравнительная оценка течения беременности и родов у беременных с железодефицитной анемией в сочетании с бактериальной и вирусной инфекцией.

**Материал и методы исследования.** Нами проведен ретроспективный анализ историй родов 180 беременных женщин во II и III триместрах, находившихся на стационарном лечении и родоразрешенных в родильном доме УЗ «БСМП» г. Витебск в 2008 г.

Для сравнительного анализа, ретроспективно было выделено две группы женщин. Из них I (основную) группу составили 90 беременных с железодефицитной анемией разной степени тяжести в сочетании с бактериальной и/или вирусной инфекцией. Во II (контрольную) группу вошли 90 беременных с ЖДА, но без инфекции.

Анализировали течение беременности и родов, особенности послеродового периода, состояние плода и новорожденного.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ менструальной функции, перенесенных гинекологических и детских инфекционных заболеваний у пациенток обеих групп не выявил достоверных различий между группами. Заболевания желудочно-кишечного тракта достоверно чаще встречались у беременных I группы – у 23 (25,6%), по сравнению со II – 13 (14,4%). ЖДА при предыдущей беременности была у 38 (42,2 %) в I и 25 (27,8%) женщин – во II группах.

В основной группе первобеременных было 13 (14,4%), в группе сравнения – 20 (22,2%), первородящих – соответственно 30 (33,3%) и 25 (27,8%). Из 77 (85,6%) повторобеременных I группы лишь у 34 (38%) женщин предыдущие беременности закончились самопроизвольными родами, у беременных II группы – в 76% случаев.

В I группе беременных легкая степень тяжести ЖДА была выявлена у 41 (45,6%), среднетяжелая – у 27 (30%) и тяжелая – у 22 (24,4%). При этом средние уровни Hb составляли соответственно  $101 \pm 0,8$ ;  $85 \pm 0,6$  и  $67 \pm 0,3$  г/л. Во II группе ЖДА легкой степени была у 58 (64,4%) пациентки, средней тяжести – у 20 (22,2%) и тяжелой – у 12 (13,4%), со средними уровнями Hb  $103 \pm 0,4$ ;  $87 \pm 0,8$  и  $68 \pm 0,2$  г/л.

При этом анемия во II триместре беременности развивалась у 60 (66,7%) женщин I группы и у 36 (40%) женщин II группы.

При анализе осложнений беременности было обнаружено, что в I группе по сравнению со II группой, чаще встречались ранний токсикоз (37,8% и 32,2%, соответственно), угроза прерывания (64,4% и 57,8%, соответственно), хроническая внутриутробная гипоксия плода у (14,4% и 12,2%, соответственно), гестоз легкой степени (24,4% и 17,8%, соответственно).

К осложнениям родов в обеих группах относились: несвоевременное излитие околоплодных вод (21,1% и 20% в I и II группах, соответственно), слабость родовой деятельности (16,7 % и 14,4%), хориоамнионит в родах (7,8% и 4,4%), острая гипоксия плода (10% и 8,9%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (3,3% и 1,1%), кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах (3,3% и 2,2%). Родоразрешение через естественные родовые пути произошло у 74 (82,2%) в I и у 80 (88,9%) – во II группах, путем операции кесарева сечения – у 16 (17,8%) и 10 (11,1 %) женщин.

Срочные самопроизвольные роды произошли соответственно у 60 (66,7%) и 65 (72,2%). У 5 беременных из I группы были преждевременные роды на 36-37-ой неделе гестации.

На грудном вскармливании находилось 81 (90%) новорожденных из I и 85 (94,4%) – из II групп. За время нахождения в послеродовом стационаре лактация была достаточной у всех родильниц.

Послеродовый период осложнился серьезным маститом у 2 (2,2%) родильниц I группы, гематометрой – соответственно у 7 (7,8%) родильниц из I группы и 3 (3,3%) из II группы. Анемия легкой степени в послеродовом периоде

была выявлена у 15 (16,7%) родильниц в I и 9 (10%) – во II группах.

Всего родилось 182 живых (в том числе 177 доношенных) ребенка. Новорожденные обеих групп при рождении по массе тела (соответственно  $3125 \pm 100$  г и  $3250 \pm 100$  г.), росту ( $50,2 \pm 1,0$  см и  $50,7 \pm 1,0$  см) и оценке состояния по шкале Апгар на 1-ой ( $7,6 \pm 0,1$  и  $7,7 \pm 0,2$  баллов) и 5-ой минутах жизни ( $8,6 \pm 0,1$  и  $8,7 \pm 0,2$  баллов) достоверно не отличались. Случаев перинатальной смертности не было.

#### **Выводы.**

1. У беременных с бактериально-вирусной инфекцией ЖДА имеет более раннее начало и тяжелое течение.

2. Беременность, роды и послеродовый период у женщин с инфекциями различных локализаций и анемией чаще имеют осложненное течение.

3. Актуальным для клинической практики представляется разработка алгоритма ранней диагностики и лечения и профилактики анемии у женщин с бактериальными и вирусными инфекциями с целью адекватной коррекции данной патологии, снижения перинатального риска и улучшения исходов беременности.

#### **Литература:**

1. Жарко В.И., Часнойть Р.А., Шилова С.Д. Здоровье женщины – здоровье нации! // Рецепт Новая стратегия в диагностике и лечении репродуктивных нарушений. – 2008 – спецвыпуск. – С. 19-35.
2. Петрова Е.В. Анемии у беременных: основные принципы патогенеза, особенности диагностики и тактики ведения. // ARSmedica. – 2008. – №7(8). – С. 16-27.
3. Сулейманова И.Г., Соколова М.Ю., Орджоникидзе Н.В., и др. Возмещения дефицита железа у беременных с бактериально-вирусной инфекцией // Журнал Российского общества акушеров-гинекологов – 2006. – №3. – С. 11-14.